FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966.

THÈSE

N° 169

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Martine SOBEL née SICARD

le 1er décembre 1938 à Boulogne (Seine)

Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LES TUMEURS PHYLLODES DU SEIN

- ASPECT ANATOMO-CLINIQUE -

Président : M. DELARUE, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966. # THÈSE N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Martine SOBEL née SICARD
le 1er décembre 1938 à Boulogne (Seine)
Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

LES TUMEURS PHYLLODES DU SEIN

- ASPECT ANATOMO-CLINIQUE -

Président : M. DELARUE, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges **BROUET.**

1er ASSESSEUR . . . . . } Daniel **BARGETON**
2e ASSESSEUR . . . . . } Jean **GOSSET**

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) / RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) / ROUCAYROL (J.-Cl.) / SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.) / TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père,

qui a constamment veillé sur mes études,

avec toute mon affection.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546821_0049

Au Professeur J. DELARUE

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici le témoignage respectueux de ma reconnaissance.

Au Professeur P. GAUTHIER-VILLARS

En remerciement de l'intérêt qu'elle m'a toujours témoigné.

Au Docteur Frédérique BATISSE

à laquelle j'exprime mon attachement affectueux et reconnaissant.

Elle n'a ménagé ni son temps ni sa peine pour diriger ce travail et m'aider de ses précieux conseils.

Au Docteur Colette MARSAN,

en amical hommage.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Monsieur le Professeur JUSTIN-BESANÇON

Monsieur le Professeur André SICARD

Monsieur le Docteur Sylvain BLONDIN

Monsieur le Docteur Jacques BOUSSER

Monsieur le Docteur Raymond JOSEPH (in memoriam)

Monsieur le Professeur R. KOURILSKY

Monsieur le Docteur André GROSSIORD

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur Agrégé J. NATALI

Monsieur le Professeur H. PEQUIGNOT

Monsieur le Professeur Agrégé A. CORNET

Monsieur le Professeur Agrégé J. P. ETIENNE

Monsieur le Professeur Agrégé Y. GERARD

Monsieur le Docteur J. DESARMENIEN

Monsieur le Docteur R. GODET

- CHAPITRE I -

Nous nous sommes penchés sur le problème des tumeurs phyllodes à l'occasion d'une observation concernant une femme porteuse d'une tumeur du sein récidivante. A la suite de cette observation, nous en avons rassemblé plusieurs autres : trois avec des récidives et quatre autres observations concernant des malades ayant eu dans leurs antécédents mammaires un adéno-fibrome petit et bien limité.

Nous voulons faire un exposé de la clinique, et surtout de l'histologie de ces tumeurs. L'une et l'autre sont intéressantes. Mais nous pensons cependant que seule, l'histologie est capable de faire le diagnostic de tumeur phyllode, la clinique est très déroutante, et seule, a tendance à orienter le diagnostic vers les tumeurs malignes, et en particulier vers le sarcome.

Au cours de cet exposé, nous voudrions montrer que les tumeurs phyllodes ne nous semblent pas aussi rares que les auteurs veulent bien le dire.

Nous voudrions aussi montrer que ces tumeurs sont, dans la plupart des cas, bénignes, nos observations ne concernant que celles là, et que le pourcentage des cas où l'on assiste à la transformation sarcomateuse est excessivement bas.

Dans un autre chapitre, nous voudrions expliquer le problème des récidives par l'histologie, ces tumeurs mal encapsulées ne sont pas toujours extirpées complètement et les lobules laissés en place ont tendance

à se développer secondairement.

Nous voudrions montrer aussi qu'en réalité ces tumeurs phyllodes, ne sont à notre avis, que des formes exubérantes des adéno-fibromes, formes histologiques qui se caractérisent par la transformation myxoïde du stroma ; et que l'un des éléments de la prolifération qui constitue ces tumeurs serait d'origine myo-épithéliale.

On pourrait les considérer alors comme ces adéno-fibromes à forme myo-épithéliale, décrits par LEROUX dans son livre d'Anatomie Pathologique, mais qui en plus, subiraient des poussées évolutives se caractérisant par un oedème considérable et une transformation myxoïde du stroma.

Ce travail a été exécuté avec dix observations personnelles provenant de la clinique de l'hôpital Beaujon, puis de celle de la Salpétrière, recueillies pendant les années 1957 à 1965.

Résumons ces observations.

OBSERVATIONS.

Observation n° 1 - Mme P... Marie âgée de 25 ans, soignée pour stérilité après péritonite tuberculeuse en 1950, et présentant des règles très irrégulières, consulte en novembre 1961 pour un petit noyau apparu dans le sein gauche il y a un an environ.

A l'examen on note la présence d'un noyau dur, indolore, sans adhérences, de la taille d'une grosse prune, dans le quadrant supéro-interne. Il est mobile sur les plans superficiels et profonds, le mamelon est normal, il existe un léger lacis veineux superficiel. Il n'existe pas de ganglions.

Une ponction du sein est pratiquée : les cellules sont régulières, leurs noyaux n'ont pas d'anomalies. Aucun signe d'infection. Aspect typique d'un adénome.

Les empreintes faites sur la tumeur, après son exérèse le 25 nov. 1961, ramènent de vastes placards cellulaires à l'intérieur desquels les cellules présentent des caractères réguliers, sans anomalies nucléaires ni mitoses. "Il s'agit d'une tumeur proliférante de type d'un adénome sans aucun signe cytologique de malignité".

Histologie (Dr F. Batisse) : "La tumeur est constituée par une prolifération épithéliale associée à une prolifération conjonctive. Les tubes mammaires sont hypertrophiques, distendus, certains sont kystiques. Leur lumière réduite le plus souvent à une fente presque virtuelle, est tapissée par deux couches de cellules régulières. Le tissu conjonctif est extrêmement lâche, oedémateux par endroits, presque mucoïde. Il entoure les tubes glandulaires hypertrophiés et pousse de grosses formations bourgeonnantes dans leur cavité. Ce qui donne à la lésion l'aspect d'une tumeur phyllode typique.

En conclusion : Fibro-adénome Phyllode du sein.

Observation n° 2 - Mme C... Paulette âgée de 37 ans consulte pour la première fois en novembre 1959. Elle connait l'existence d'une petite tumeur du sein droit depuis 5 mois environ.

A l'examen, on note une petite tumeur ferme, mobile, indolore, limitée, qui semble irrégulière, de la taille d'une noisette, elle ne s'accompagne d'aucune adhérence. Il n'y a pas non plus de ganglions. Le mamelon n'est pas rétracté.

L'intervention a lieu le 28 novembre 1959 : Incision et énucléation.

Histologie : (Dr F. Batisse) : "La petite pièce opératoire était bien limitée, encapsulée, avait macroscopiquement une allure tout à fait bénigne. Il s'agit d'un adénome présentant une très grosse hyperplasie épithéliale. La prolifération conjonctive réalise par endroits l'aspect d'une tumeur phyllode.

En conclusion : Adénome Phyllode.

La malade est perdue de vue depuis.

Observation n° 3, - Mme C... Claude âgée de 39 ans consulte en février 1960, après la découverte un an auparavant d'un petit nodule du quadrant supéro-interne du sein gauche, apparu quelques temps après un accouchement.

La tumeur a la taille d'un pois, est mobile et totalement indolore.

La tumeur augmente de volume brusquement et atteint la taille d'un oeuf.

L'intervention a lieu en février 1960 : énucléation.

Il s'agissait d'un adénome banal.

Un mois plus tard, c'est-à-dire en mars 1960, la malade présente une récidive. La tumeur grossit très vite et atteint la taille d'une orange lorsque la malade subit une deuxième intervention en septembre 1961 à l'hôpital franco-musulman. Nous n'avons pas le compte rendu histologique exact, mais la malade a su nous dire qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne de type phyllode.

En 1963, la malade présente une deuxième récidive, à l'examen, le sein gauche est occupé par deux masses tumorales, dans sa moitié interne. Une de ces masses est de la taille d'un pamplemousse.

Les masses sont mobiles sur les plans profonds l'aréole non attirée.

Il existe une certaine adhérence au plan cutané. La peau glisse mal sur la masse inférieure. Le plissement fait apparaître un piqueté. Il existe une circulation collatérale. Les contours sont réguliers, sans prolongement perceptible, leur consistance est régulière, homogène, indolore. Il n'y a pas de ganglions.

Une mammographie est pratiquée : elle montre une opacité homogène avec lisère clair entre le revêtement cutané et la tumeur, liseré signant la bénignité.

Une ponction ramène des cellules épithéliales glandulaires typiques d'adénome.

Une mammectomie est faite : tumeur volumineuse, bosselée envahissant toute la glande, récidivée à caractère clinique bénin. Sans ganglions.

Mammectomie d'emblée sans curage ganglionnaire avec conservation des pectoraux.

Examen extemporané : Tumeur phyllode du sein en plusieurs nodules.

Histologie : (Dr F. Batisse) "plusieurs prélèvements sur les noyaux multiples ont montré qu'il existait bien une tumeur phyllode plurifocale. Chacun des noyaux est constitué par une prolifération de tubes glandulaires extrêmement hyperplasiques et ramifiés. Le tissu conjonctif qui entoure ces tubes forme des végétations et des bourgeons qui, revêtus de tissu épithélial, s'invagine à l'intérieur des tubes canaliculaires.

C'est l'aspect typique d'une tumeur phyllode. On note dans le stroma un oedème ainsi que des dégénérescences hyalines très étendues.

La prolifération épithéliale est très régulière et il n'y a aucune image qui puisse faire penser à une malignité.

Conclusion : Tumeur phyllode.

On connait le potentiel récidivant important de ces tumeurs .

La malade deux ans après, va tout à fait bien.

Observation n° 4 - Mme P... Germaine, 41 ans, consulte le 15 novembre 1963 pour une petite tumeur du sein droit, découverte il y a un an.

A l'examen on note sous le mamelon une petite masse indolore, de la taille d'une noisette, non adhérente aux plans superficiels ni profonds, n'entrainant aucune gène. Il n'y a ni rétraction de mamelon, ni écoulement, ni ulcération, ni lacis veineux collatéral. Il n'existe pas de ganglions.

L'intervention le 27 novembre 1963 : ablation de la tumeur au niveau du quadrant supéro-interne droit.

L'examen extemporané : montre une tumeur bénigne.

Histologie : (Dr F. Batisse), "l'examen de plusieurs fragments pratiqués sur cette tumeur confirme le résultat donné au cours de l'extemporané. Il s'agit d'un adéno-fibrome dont la prolifération épithéliale s'accompagne d'une hyperplasie considérable du tissu conjonctif. Celui-ci forme de gros bourgeons qui, revêtus d'un épithélium de type galactophorique, pénètrent à l'intérieur des tubes glandulaires. Mais ce revêtement est règulier et ne présente aucune image suspecte de malignité.

Conclusion : Tumeur phyllode du sein.

La malade est perdue de vue. Elle n'a pas répondu à notre convocation.

Observation n° 5 - Mme L... Yvonne, 42 ans, consulte immédiatement après la découverte d'un petit nudule au niveau du sein gauche.

A l'examen on découvre une petite masse mal limitée dans le quadrant supéro interne, légèrement douloureuse, sans ganglions, de la taille d'une noix.

Une ponction ramène quelques cellules étoilées sans caractère de malignité.

L'intervention a lieu le 3 septembre 1964.

L'examen extemporané donne le diagnostic d'adénome.

Histologie : (Dr F. Batisse) confirme le diagnostic donné au cours de l'intervention. "Il s'agit d'un adénome péri-canaliculaire dont la structure est celle d'une petite tumeur phyllode. Les tubes mammaires sont extrêmement ramifiés et hyperplasiques. Ils forment de gros bourgeons qui végètent à l'intérieur des cavités et qui comblent presque entièrement les lumières glandulaires. Le tissu conjonctif qui prolifère ainsi, est très lâche et oedémateux. Les revêtements épithéliaux sont réguliers, sans aucune malignité.

Cette petite tumeur est, semble-t-il bien encapsulée, cependant étant donné sa structure histologique, il faut se méfier des récidives."

Observation n° 6 - Mme A... 38 ans, consulte la première fois en octobre 1960 après avoir découvert un petit nodule au niveau de son sein gauche. Ce nodule, d'apparition très récente, est de la taille d'une noix, indolore. Il est enlevé le 9 novembre 1960.

L' histologie : (Dr C. Nezelof) conclut à "une hyperplasie adénomateuse multinodulaire, relativement diffuse, du sein ".

Deux ans plus tard, en décembre 1962, la malade note la présence dans le même sein, d'une tumeur relativement plus grosse que la précédente, qui augmente de volume rapidement et atteint, en juin 1963, la taille d'une mandarine.

La malade subit une deuxième opération :ènucléation de la tumeur, le 1er juin 1963.

L'histologie : (Dr C. Nezelof) répond : " les constations faites aujourd'hui éclairent les résultats un peu ambigus, donnés en 1960 : hyperplasie fibro galactophorique, diffuse du sein gauche, évoquant, très fortement, le diagnostic de tumeur phyllode ".

Un an plus tard, en août 1964, alors que la malade se trouvait en Allemagne, on constate une deuxième récidive. La tumeur est alors de la taille d'une orange. Elle est bosselée. L'intervention a lieu en Allemagne le 5 septembre 1964. L'ablation parait avoir été incomplète et l'examen histologique n'est pas précisé.

Il persiste des noyaux qui augmentent rapidement de volume.

A l'examen, en octobre 1964, quand nous revoyons notre malade, nous notons : un sein bosselé, triplé de volume monstrueux, la peau est rouge et tendue. Le mamelon est englobé dans la masse. La tumeur est strictement indolore, il n'existe pas de ganglions.

Une quatrième intervention a lieu le 4 novembre 1964 : mammectomie sans curage ganglionnaire.

Examen histologique (Professeur Gauthier-Villars) " nombreux fragments où l'on retrouve de nouveau des nodules adéno-fibromateux oedémateux de type des tumeurs phyllodes qui ne présentent pas de caractères de malignité dans le sens d'un épithélioma.

Puis d'autres zones apparaissent dépourvues de canaux, zones pleines faites de multiples cellules conjonctives serrées les unes près des autres.

A première vue, on pourrait songer à un sarcome, mais il n'y a pas de cellules monstrueuses, pas de vaisseaux sarcomateux, pas d'extension vers le peau ou la graisse, si bien que l'on revient au diagnostic de lésion bénigne de tumeur phyllode avec développement massif d'une fibrose banale.

C'est un diagnostic très difficile ".

La malade va bien acutellement.

Observation n° 7 - Mme G... 3O ans, consulte pour une petite tumeur du sein gauche, d'apparition récente.

La clinique montre un tableau d'adénome banal, petite tumeur de la taille d'une noisette, sans adhérences, indolore, mobile sur les plans superficiels et profonds.

L'intervention a lieu le 3 juin 1965 : énucléation.

Un examen extemporané donne le diagnostic de phyllode.

L'histologie : (De F. Batisse), les prélèvements pratiqués sur cette pièce opératoire montrent qu'il existe une prolifération des tubes glandulaires et des tubes galactophoriques.

Cette prolifération est très importante ; elle se fait sous forme de fentes glandulaires qui par endroits, sont presque virtuelles. Autour de ces fentes, le tissu conjonctif pousse des bourgeons hyperplasiques qui comblent les cavités des néo formations glandulaires.

Les revêtements épithéliaux sont réguliers, normaux, sans aucune image de malignité.

Le tissu conjonctif présente une différenciation hyaline assez importante.

Cette petite formation est assez bien limitée. Cependant, il existe de tout petits noyaux adéno-fibromateux au pourtour de la capsule.

Il s'agit d'une tumeur phyllode.

Pas de signe de malignité ".

Observation n° 8 - Mme G... Léone 45 ans, présente en 1960 des troubles des règles pour lesquels elle se fait soigner. En même temps, on découvre une petite tumeur du sein gauche, qui est opérée le 15 décembre 1960.

L'histologie montre un adéno fibrome banal.

En novembre 1964, réapparition d'une tumeur au niveau du même sein.

La clinique montre l'existence de plusieurs petites tumeurs libres, indolentes, sans ganglions. Le tout de la taille d'une petite orange.

L'intervention a lieu le 3 mars 1965 : exerèse de la tumeur qui est bosselée. Une ponction ramène quelques placards de cellules épithéliales bénignes.

Anatomie Pathologique. "L'examen microscopique montre que cette tumeur est bien encapsulée. Elle est arrondie et développée dans un parenchyme mammaire normal. Elle est constituée par la juxtaposition de tubes mammaires extrêmement proliférants. Ceux ci forment de grandes fentes comblées par des bourgeons conjonctifs très oedémateux.

Les revêtements épithéliaux sont réguliers. Il n'existe pas d'image de malignité.

Il s'agit d'un adénome péricanaliculaire qui présente en de nombreux endroits l'aspect d'une tumeur phyllode ".

La malade est revue en consultation le 2 décembre 1965, elle présente à nouveau un nodule au niveau du même sein gauche. Il s'agit d'une deuxième récidive.

Observation n° 9 - Mme L... Annick 20 ans, consulte en mars 1965, à la suite de la découverte d'une petite tumeur du sein droit. Cette découverte date d'un an déjà.

Cette tumeur a augmenté de volume lentement et régulièrement depuis un an. Elle est indolore et la malade subit quelques manifestations prémenstruelles.

A l'examen, on note une tumeur de la taille d'une mandarine, au niveau du quadrant supéro interne, sans adhérences, mobile sur tous les plans avec une petite circulation collatérale, ni ganglions.

Une ponction de la tumeur ramène des cellules adénomateuses.

Une mammographie montre l'opacité limitée, arrondie sans caractère d'infiltration typique des tumeurs bénignes.

L'intervention a lieu le 7 avril 1965 : ablation de la tumeur qui est encapsulée.

Histologie :" les prélèvements pratiqués sur cette pièce opératoire montrent qu'elle est bien limitée par une capsule fine et conjonctive. Elle est constituée par une prolifération de tubes glandulaires dont les revêtements restent réguliers. Autour de ces tubes, se développe une hypertrophie du tissu conjonctif qui forme de gros bourgeons intra canaliculaires".

Conclusion : Adénome phyllode.

La malade va bien, 8 mois après l'intervention.

Observation n° 10 - Mme B... 36 ans, subit en 1955 l'ablation d'une masse de la grosseur d'une belle noix, au niveau du quadrant inféro-externe du sein droit. Cette tumeur était apparue en 1953, à la suite d'une grossesse, elle avait brutalement augmenté de volume et avait obligé la malade à consulter. Nous ne connaissons pas le résultat de l'examen anatomo-pathologique, fait lors de cette première intervention.

En avril 1965, donc 10 ans plus tard, réapparition d'une tumeur au niveau de ce même sein droit, de la taille d'une olive absolument indolore.

D'avril à octobre 1965, cette masse a peu augmenté de volume, sa surface est devenue irrégulière, toujours indolore à la palpation ; considérée d'abord comme un noyau de Reclus, sa consistance assez dure fait alors décider de l'intervention qui a lieu le 16 octobre 1965. La tumeur est énuclée...

Un examen anatomo-pathologique (Dr C. Marsan) :

" L'examen histologique a porté sur une formation tumorale nodulaire, bien encapsulée, lobulée, en feuille de trèfle, dont l'examen macroscopique permet d'évoquer la possibilité d'une tumeur phyllode.

Histologiquement : On est en effet, en présence d'une prolifération tumorale harmonieuse épithéliale et conjonctive ; la lobulation habituelle de la glande mammaire est parfaitement conservée, la tumeur affecte le type histologique d'un fibro-adénome péri et intra canaliculaire avec hyalinisation de son tissu de soutien, en particulier du tissu palléal.

Pas d'atypies cellulaires. C'est l'aspect d'un fibro-adénome réalisant la forme décrite sous le nom de tumeur phyllode.

Pas de signes histologiques de malignité ".

Il faut signaler que, pendant la période d'apparition, puis d'augmentation de volume de la tumeur, la malade se faisait soigner pour un syndrome prémestruel intense et des métrorrogies. Une hystérographie a montré l'existence de polypes qui ont été enlevés en même temps que la tumeur phyllode.

Voici par conséquent dix femmes opérées pour une tumeur phyllode :

- cinq n'ont pu etre suivies.
- quatre ont eu des récidives.
- aucune n'a subi de mammectomie après la première récidive.

oOo

- CHAPITRE II -

HISTORIQUE.

Les tumeurs phyllodes du sein sont connues et décrites depuis plus d'un siècle.

CHELIUS en 1828 en rapporte un cas. Dix ans plus tard, Johann MULLER fait une description détaillée de cette tumeur dont nous transcrivons un passage :

> " Ces sortes de tumeurs atteignent des dimensions énormes. Elles sont nettement bénignes. Elles apparaissent plus tôt qu'il n'est habituel lorsqu'il s'agit d'un cancer, et parfois même, elles se voient chez la jeune fille. Elles n'ont que peu de tendance à envahir la peau et les muscles et ne rétractent pas le mamalon. Elles ne se ramollissent pas à leur intérieur, mais augmentent lentement de volume, prennent des proportions considérables et, à la longue, finissent par ulcérer la peau, formant alors un fungus suppurant en surface. Même dans ces cas, l'opération est suivie de guérison. L'atteinte des ganglions est rare. Lorsque l'adénopathie existe, elle est d'origine inflammatoire. La forme exceptionnelle qui réalise le cysto-sarcome phyllode fait penser au cancer. Cependant, elle est totalement bénigne et aussi éloignée du cancer que les condylomes en choux-fleurs du pénis et des organes génitaux féminins externes, qui ont été si longtemps confondus avec des tumeurs malignes".

A la suite de ces précurseurs, de nombreux auteurs se sont intéressés à ces tumeurs.

Tout au long de la revue de l'historique de ces tumeurs, nous verrons qu'il a existé et qu'il existe encore une grande confusion et que cette tumeur reste très énigmatique.

Ceci est dû d'abord à l'appelation de J. MULLER : le terme de cysto-sarcome semble mal choisi, il implique une malignité.

Aussi les auteurs ont recherché à utiliser d'autres termes : "tumeur phyllode", "adénome phyllode", "fibro-adéno-myxome géant", et la profusion de toutes ces dénominations a aussi contribué à la confusion.

L'évolution de la tumeur est, elle aussi, très déroutante :

- son énorme volume parfois,
- sa consistance charnue,
- l'ulcération qui peut l'accompagner,
- et surtout les récidives, sont autant de facteurs qui ont tendance à faire classer ces tumeurs dans les tumeurs malignes.

Certains auteurs insistent sur la bénignité absolue, d'autres font entrer dans le cadre des tumeurs phyllodes de volumineux adéno-fibromes mais aussi des sarcomes. Et nous allons voir que, certains travaux anciens, ainsi que des travaux plus récents, en France et en Amérique, tendent à prouver la transformation de la tumeur phyllode en sarcome, dans un petit nombre de cas.

Tout d'abord, nous retrouvons dans le Traité des Tumeurs de BROCA, paru en 1866, une mention sur les tumeurs phyllodes.

LECENE en 1906 publie quelques cas. Pour lui et LENORMANT, la tumeur phyllode doit être considérée comme le type le plus fréquent de l'adéno-sarcome mammaire.

LEE et PACK en 1931, publient un mémoire qui porte sur 111 cas et ce sont eux qui donnent à cette tumeur le nom de fibro-adéno-myxome intra canaliculaire géant, et insistent sur sa bénignité en opposition avec leurs prédécesseurs qui avaient tendance à les considérer comme des tumeurs malignes et sarcomateuses.

De même FUNCK-BRENTANO en 1938, avec POILLEUX et BERTRAND, revient sur le terme phyllode (étymologie) et dément

l'appelation de cysto-sarcome ; il insiste sur la bénignité et désigne la tumeur comme un faux sarcome, il lui donne le nom de "Fibro-adéno-myxome phyllode".

En 1948, SANTY, DARGENT et MAKHLOUF insistent sur le caractère indépendant et bénin de ces tumeurs, mais parlent de malignité locale. En effet, l'un des problèmes importants des tumeurs phyllodes, est leur récidive. Il est fréquent de voir au cours de l'évolution une ou plusieurs récidives.

Pour FRUHLING et LE GAL, dans un article paru en 1954, ces récidives ne sont pas une preuve patente de malignité, car, disent-ils, ces tumeurs sont des "tumeurs hyperplasiques", selon la description de Pierre MASSON, et une telle tumeur incomplètement excisée est susceptible de récidiver localement, sans pour cela être devenue, maligne. Il est en effet certain, comme nous le verrons au chapitre histologique, que l'encapsulation des tumeurs phyllodes n'est jamais parfaite et, qu'au microscope, leurs limites restent plus ou moins diffuses.

Mais FRUHLING et LE GAL, dans ce même article, abordent très nettement le problème du sarcome. Sur un total de 71 tumeurs phyllodes, ils ont retrouvé 11 cas de transformation sarcomateuse, soit un indice de cancérisation de 15 %.

Cette transformation sarcomateuse est mise en évidence dans des travaux plus récents ; en particulier par les Américains : TREVES et SUNDERLAND et ROSS en 1954 qui ont observé des cas de récidives avec transformation sarcomateuse.

Plus près de nous encore, Charles HAFNER de Cincinnati, en 1962 et A. HAROLD, OBERMAN dans le journal "Cancer" de juin 1965, exposent le point de vue des auteurs américains sur la tumeur phyllode : ils la nomment "Cysto-sarcome", ils disent qu'il en existe des bénignes, les plus fréquentes, mais que cependant, certaines sont malignes d'emblée.

L'étude de la littérature parue sur ce sujet, montre que certains travaux se sont attachés surtout à préciser la nature de cette tumeur.

VERHAEGHE en 1960, dans une communication à la société de chirurgie de Lille, à propos de 4 observations de tumeurs phyllodes du sein, conclut que ces tumeurs sont en général bénignes, qu'il peut cependant en exister des malignes d'emblée, et à cause des remaniements du tissu interstitiel retrouvés à l'examen histologique de ces tumeurs, il les rapproche des tumeurs dites mixtes.

MAGENDIE, LEGER, DOUTRE et BIRABEN en 1961, en font des mésenchymomes, car ils trouvent des analogies entre les tumeurs phyllodes et les tumeurs conjonctives récidivantes.

LEROUX, dans son Traité d'Anatomie Pathologique, décrit une forme d'adéno-fibrome du sein qu'il qualifie de type myo-épithélial. Dans certains adénomes, dit-il, apparaissent des cellules myo-épithéliales autour des tubes adénomateux. Ces cellules sont allongées, fusiformes, à cytoplasme acidophile ; si la prolifération myo-épithéliale devient importante et que les tubes épithéliaux se font plus rares, ajoute-t-il, le diagnostic avec le sarcome est très difficile.

ISIDOR en 1955, à propos de la pathogénie se rallie à la thèse de l'inclusion embryonnaire : le développement d'un lobule glandulaire ayant été stoppé au cours de l'organogenèse, l'évolution reprend sous l'impulsion d'un dysfonctionnement hormonal.

Nous ne pouvons pas clore cette historique sans citer les travaux récents.

Celui de GAUTIER, DAUCHY et HOUCKE, enfin celui de HAROLD et OBERMAN. Ces 2 groupes d'auteurs mettent l'accent sur la difficulté qui existe quand on veut interpréter les différents travaux parus sur ce sujet, car la terminologie est très variée et tous les auteurs n'utilisent pas le même langage.

FREQUENCE.

La tumeur phyllode fut considérée par HohannMULLER comme très exceptionnelle ; mieux connue au XXè siècle, depuis les grands travaux de LEE et PACK et ceux de FUNCK-BRENTANO et de ses collaborateurs, les auteurs sont revenus sur l'adjectif "exceptionnelle".

"Il n'est pas un chirurgien, écrit FUNCK-BRENTANO en 1938, qui ne dise en avoir rencontré plusieurs en clientèle".

Il n'en reste pas moins que les avis sont tout de même très partagés sur la fréquence de la tumeur phyllode. Comme nous allons le voir, les statistiques varient d'un auteur à l'autre.

Citons pour commencer, les auteurs qui considèrent cette tumeur comme lésion mammaire relativement rare.

FUNCK-BRENTANO, POILLEUX et BERTRAND ont trouvé à la Salpétrière entre 1919 et 1936, c'est-à-dire en 25 ans : 5 cas de tumeurs phyllodes, alors que pendant cette même période, ils ont relevé un total de 706 tumeurs du sein.

Pour MAKHLOUF, SANTY et DARGENT, ces tumeurs sont très rares, de même pour ESTRADE un peu plus tard.

LESTER et STOUT en 1954 donnent une statistique de 58 cystosarcomes phyllodes sur une période de quarante années de 1912 à 1952.

REICH et SALOMON en 1958, relèvent trois cents cas dans la littérature mondiale.

Par contre, pour l'école de Strasbourg, cette tumeur est relativement fréquente. A l'Institut d'Anatomie Pathologique de 1925 à 1950, FRUHLING et LE GAL ont constaté 71 cas de tumeurs phyllodes sur 740 adénomes banaux, soit un pourcentage de dix pour cent.

Les Américains, HAFNER, MEZGER et WYLIE ont relevé douze cas de phyllodes à Henry Ford Hospital pendant la période 1936-1960.

HAROLD et OBERMAN au Department of Pathology of the University of Michigan Medical Center, publient 36 cas de "Mesenchymal neoplasms", (18 néoplasms fibro épithéliaux, 14 néoplasms mésenchymateux) sous la rubrique "Cysto Sarcoma phyllodes".

Pour Monsieur DELARUE, enfin, la tumeur phyllode est loin d'être rare.

Pour notre part, entre l'hôpital Beaujon de 1957 à 1961 et la Salpétrière de 1961 à octobre 1965, nous avons relevé 7 tumeurs phyllodes sur un total de 240 tumeurs mammaires, bénignes ou malignes, sans distinction, ce qui nous donne une statistique de 3,4 pour cent.

Ce sont ces 7 observations que nous venons de rapporter. Nous y avons ajouté 3 cas personnels qui nous ont paru intéressants pour notre étude.

En conclusion : Les tumeurs phyllodes rentrent dans le cadre des tumeurs relativement fréquentes.

Elles représentent les pourcentages suivants : 3 à 4 % du total des tumeurs de la glande mammaire, 10 % des tumeurs bénignes de cette même glande .

SEXE.

Disons un mot en passant sur le sexe touché par ces tumeurs.

La tumeur phyllode frappe essentiellement la femme. Pour notre part, nous n'avons jamais eu l'occasion de voir cette variété de lésion mammaire chez l'homme. Cependant LEE et PACK affirment que sur leurs 111 observations, trois hommes sont atteints par cette tumeur.

AGE D'APPARITION.

L'âge de la malade est surement très intéressant à signaler dans la date d'apparition de la tumeur phyllode. Mais là encore une fois, il existe de nombreux avis.

C'est ainsi que LEE et PACK, BERTRAND et POILLEUX, donnent les chiffres de 30 à 60 ans. Par ailleurs, SANTY et MAKHLOUF prétendent que la tumeur phyllode apparait essentiellement chez la jeune fille ou la femme jeune entre 18 et 25 ans.

FRUHLING et LE GAL précisent que la tumeur est caractéristique pendant toute la période d'activité génitale de la femme.

MAGENDIE et LEGER rapportent des observations où nous notons un peu tous les âges : 25, 53, 17, 42 ans.

Pour DESPRUNIEE à Bordeaux, la tumeur phyllode apparait essentiellement aux alentous de la ménopause vers 50 ans.

Quant à nous, si nous nous référons à nos observations personnelles, nos malades sont presque toutes aux alentours de quarante ans. Deux cependant sont plus jeunes, vingt et vingt cinq ans.

Il est par conséquent difficile de donner exactement l'âge d'apparition de la tumeur phyllode. Tous les âges ont été observés depuis 17 ans jusqu'à 65 ans.

Chaque auteur signale un âge différent.

Cependant, et ce sera notre conclusion, la tumeur phyllode apparait beaucoup plus fréquemment avant la ménopause chez la femme en période d'activité génitale.

TERRAIN.

De notre exposé sur l'âge d'apparition de la tumeur phyllode, nous avons déduit qu'elle touchait en général la femme jeune, en période d'activité génitale, avant la ménopause. Ce qui nous incite à penser à une éventuelle influence hormonale dans le mécanisme de survenue et de développement de la prolifération tumorale.

Cinq de nos malades ont présenté un rapport évident entre un épisode de leur vie génitale et l'apparition d'une tumeur mammaire ou l'accroissement d'une masse tumorale connue antérieurement : Traitement hormonal pour stérilité, grossesse, troubles prémentruels, traités, métrorragies pour fibrome.

Les autres malades ont consulté immédiatement après la découverte du nodule dans leur glande mammaire et nous n'avons pas assez de recul, dans ces cas là, pour conclure fermement à l'influence hormonale sur l'évolution.

Cependant, selon tous les textes cités antérieurement, il ne semble plus faire aucun doute que le terrain hormonal joue un rôle dans la genèse de la tumeur phyllode.

Et nous ne sommes pas tout à fait d'accord avec Madame LAFARGUE quand elle dit : "il faut simplement signaler cette influence hormonale sans pour autant l'expliquer, car ce serait franchir un pas dans le mécanisme évolutif des tumeurs, qui hélas, n'est pas encore fait".

En effet, la même année, c'est-à-dire en 1955, ISIDOR dans les Archives d'Anatomie Pathologique, tente de franchir ce pas, tout au moins en ce qui concerne le mécanisme évolutif de la tumeur phyllode, si ce n'est de toutes les tumeurs en général. Comme nous l'avons déjà mentionné dans l'introduction, il s'intéresse à la genèse de ces tumeurs, en essayant de l'expliquer par un dysfonctionnement endocrinien, une éventuelle oestrogénie par exemple, et il est de plus en plus certain, à l'heure actuelle, que sa théorie est la seule invoquée.

En plus de nos propres constatations, il semble intéressant de rappeler les remarques de quelques auteurs, pour ne pas les citer tous, LEROUX, DESAIVE, BETZ, DESPRUNIEE, ont constaté que des malades, se sachant porteuses de tumeurs du sein depuis de nombreuses années, ont vu brutalement s'accroître et se développer leur masse tumorale, lors du dérèglement hormonal de la ménopause.

CIRCONSTANCES D'APPARITION.

Lésion pré-existante ou non ? - voilà le problème.

D'après les classiques, il est très rare que la tumeur phyllode se développe sur une glande mammaire normale. Elle survient sur un sein ayant déjà subi des "agressions itératives" (lactation - Abcès etc..) ou bien à partir d'une tumeur pré-existante.

C'est le cas pour quatre de nos malades (observations n° 3, 6, 8, 10) : elles se sont vues enlever un adéno-fibrome banal dans les années précédant l'apparition d'une nouvelle tumeur, qui, à l'examen anatomo-pathologique, s'est révélé être une tumeur phyllode typique.

Pour les six autres malades, la tumeur phyllode s'est révélée primitive, et bien primitive. Il y avait chez aucune de ces six femmes d'antécédents mammaires notables. Remarquons cependant que parmi elles, cinq ont attendu au moins un an avant de consulter et nous nous posons ce problème :

- Que représentait ce nodule primitif ? avant son brutal développement, son changement de volume, son évolution rapide ?
- L'histologie était-elle à ce moment là différente de celle d'une tumeur phyllode ?
- S'agissait-il d'un simple noyau de dysplasie ou bien d'un nodule de la maladie de RECLUS ou même d'un adéno-fibrome banal ?
- Ou bien était-il vraiment phyllode d'emblée ?

Il nous est difficile d'apporter une conclusion à ce chapitre, et, d'affirmer comme beaucoup le pensent, l'existence d'une lésion pré-existante dans tous les cas.

CLINIQUE.

La malade porteuse d'une tumeur phyllode se présente à l'examen avec un sein déformé par une masse monstrueuse : volume d'une tête d'enfant par exemple, tumeur pouvant peser 7 kilogs et plus, ou avec une masse moins volumineuse : taille d'une orange ou d'un pamplemousse, ou enfin avec une tumeur plus petite : volume d'une noix en moyenne. C'est la taille qui actuellement se rencontre le plus souvent.

En effet, une certaine éducation du public s'est faite de nos jours, et les femmes n'attendent pas d'être porteuses de déformations monstrueuses pour consulter. Nous pensons que c'est là un point très important ; ce fut le cas de la plupart de nos malades.

La tumeur est de consistance ferme plutôt que dure,
- parfois irrégulière, avec une masse non lisse, paraissant bosselée,
- parfois homogène, mais de toute façon limitée, on suit parfaitement ses contours.

Elle est mobile sur tous les plans, non adhérente, ni aux plans superficiels, ni aux plans profonds. Les téguments restent souples, il n'y a ni piqueté ni signe du capiton. La peau glisse normalement sur la masse tumorale. Elle est de consistance et de coloration normales.

Le mamelon n'est pas rétracté, l'aréole non attirée.

Les travaux antérieurs ont montré certaines volumineuses tumeurs ulcérées à la peau, dont la peau était rouge, violacée, avec écoulement du mammelon.

Actuellement ces tumeurs sont très rares. De toute manière nous n'avons pas eu l'occasion d'en rencontrer.

Il existe parfois une légère circulation collatérale, ou tout au moins un lacis veineux, au niveau du sein. D'autre part, et signe fondamental, la palpation attentive des régions axillaires et sus-claviculaires en montrent jamais de ganglions.

L'état général de la malade est excellent, il n'existe pas de bilatéralité des lésions.

L'interrogatoire de la malade retrouve presque toujours une période de latence, d'une durée variable, entre l'apparition du nodule primitif et son brusque développement à l'occasion d'une cause déclenchante.

La plupart du temps, c'est cette brutale augmentation de volume qui inquiète la malade et l'amène à la consultation.

Ce fut le cas de quatre de nos malades (observations 1, 2, 4, 9) qui se savaient porteuses d'un nodule mammaire depuis environ un an et qui ont attendu un développement brutal et rapide pour venir à l'hôpital.

Deux autres (observations 5 et 7) ont consulté dès la découverte de leur noyau tumoral et nous n'avons, par conséquent, pas chez elles, la notion de cette poussée évolutive rapide, si caractéristique à la tumeur phyllode.

Nous pensons que la clinique de la tumeur phyllode est dominée par cette notion de poussée brutale, évolutive à un moment déterminé de son développement.

Cette même notion se retrouve dans le tableau du sarcome. Notion qui, ajoutée au volume de la tumeur quand elle est de grande taille, et à l'âge de la malade quand il est autour de 40 ans, peut faire dévier le diagnostic vers la malignité.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES.

Au point de vue des examens paracliniques, il faut en signaler deux qui sont susceptibles de rendre de grands services pour le diagnostic clinique. En effet l'aspect clinique des grosses tumeurs phyllodes est , dans certains cas, très troublant. Et nous avons vu, dans la plupart des observations de la littérature, que le diagnostic clinique orientait le plus souvent vers le sarcome.

La mammographie et l'examen cytologique de la ponction, tous deux rassurants, permettraient d'orienter le diagnostic vers une lésion bénigne, et peut être vers la tumeur phyllode, si l'on veut bien se rappeler que seules, les tumeurs phyllodes parmi les tumeurs bénignes du sein, ont un accroissement aussi rapide.

Deux de nos malades ont subi une mammographie. Il nous parait indispensable de dire quelques mots au sujet de cet examen complémentaire.

Dans les deux observations n1 3 et 9, l'examen radiologique a montré une opacité dense, homogène, intense et franche, plus ou moins arrondie, toujours bien limitée, même encapsulée, dont on suivait bien les contours réguliers et nets. Il n'y avait pas de calcifications intra tumorales. Et surtout, il existait sur les deux radios un liséré clair à la périphérie de la tumeur, liséré indispensable pour signer le caractère bénin de la prolifération tumorale.

La ponction d'une tumeur phyllode, pratiquée avec une aiguille de fin calibre, peut ramener deux sortes d'éléments cellulaires :

1° - des cellules épithéliales provenant des tubes mammaires hypertrophiques. Ces cellules sont retrouvées sur les lames groupées en placards avec leur caractère de bénignité : régularité cellulaire et nucléaire-réseau chromatinien fin et régulier.

2° - des cellules provenant du stroma conjonctif, cellules allongées, en fuseaux, sans aucune anomalie.

Cinq de nos malades ont subi cet examen. En voilà les résultats, identiques pour chacune d'entre elles : les cellules ramenées sont régulières, sans anomalies cytoplasmiques ni nucléaires : il n'existe pas de mitoses. Ce sont des cellules épithéliales glandulaires isolées ou en placards, n'ayant aucun caractère de malignité : cellules de type adénomateux.

En conclusion : Il ressort de ce bref exposé, que la tumeur phyllode est une tumeur bénigne. Le diagnostic est posé affirmativement par les deux examens paracliniques dont nous venons de parler, et qui se révèlent être indispensables au clinicien. Il sera confirmé par l'histologie.

oOo

- CHAPITRE III -

LES RECIDIVES

Le problème clinique le plus important de la tumeur phyllode est celui des récidives.

Nous avons vu, dans la littérature sur ces tumeurs, ainsi que dans nos propres observations, que de nombreuses femmes présentent une récidive dans les années qui suivent l'ablation d'une tumeur du sein. Certaines mêmes peuvent en avoir plusieurs.

Trois groupes de faits se présentent au point de vue clinique :

- 1° - L'apparition d'une tumeur phyllode sur un adéno-fibrome préexistant. Quatre de nos malades font partie de ce groupe. Nous en avons parlé dans le chapitre de la lésion préexistante et nous n'y reviendrons pas.

- 2° - La récidive d'une tumeur phyllode sur une tumeur phyllode. C'est le groupe qui sera l'objet de ce chapitre.

- 3° - Enfin la transformation sarcomateuse d'une tumeur phyllode. Nous en parlerons, bien que nous n'ayons pas eu l'occasion d'en constater sur nos coupes personnelles.

Trois de nos malades (observations n° 3, 6, 8) ont présenté des récidives certaines de tumeurs phyllodes. Une quatrième malade (observation n° 10) peut y être attachée, si on considère comme phyllode l'histologie de sa première intervention, malade dont on ignore les premiers résultats, mais dont on sait que le tableau clinique était tout à fait

comparable à celui d'une femme présentant une belle tumeur.

Le tableau clinique d'une femme présentant une récidive est tout à fait superposable à celui du premier examen.

Il n'y a ni douleur, ni adhérences, ni ganglions, l'état général de la femme est toujours bon.

Cependant, nous avons remarqué que la tumeur a généralement un volume plus important que celui de la tumeur initiale : orange, pamplemousse, sein triplé de volume. Ce sont les plus grandes tailles que nous ayons rencontré.

Quant à l'histologie elle est exactement la même que la précédente. Sur une seule coupe, peut être le stroma était-il un peu plus dense, la densité nucléaire plus élevée, les remaniements plus importants ? Mais jamais nous n'avons vu le moindre indice qui puisse nous faire penser à une évolution cancéreuse.

Dans toutes les coupes, les cellules étaient toujours régulières, sans aucun caractère de malignité : ni anomalies, ni mitoses.

Comment expliquer ces récidives ? Les circonstances de survenue n'ont pas de règles : elles peuvent se voir aussi bien immédiatement après la première intervention que quelques mois ou quelques années plus tard. Généralement la deuxième tumeur apparait au niveau de la cicatrice de la première intervention. Ce qui nous amène à parler de cette opération.

Deux possibilités sont à envisager :

Ou bien le chirurgien, n'envisageant pas le diagnostic exact, et pensant à tout autre tumeur bénigne devant une clinique et un examen extemporané équivoques, se limite à une énucléation simple; c'est dans ce cas que l'on risque de voir se reproduire, dans les années à venir, la prolifération tumorale.

Ou bien le chirurgien, sachant l'existence de la tumeur phyllode après un examen extemporané facile à faire et devant l'aspect lobulé de la tumeur s'il est caractéristique, fait d'emblée une mammectomie. Les risques de récidives sont nuls.

Le pronostic de la récidive réside donc en grande partie sur le mode opératoire.

Mais il reste toujours le problème de la femme jeune, Peut-on et doit-on mutiler une femme jeune pour une tumeur que l'on sait bénigne ?

Et surtout autre problème :
Peut-on affirmer de façon certaine, qu'une tumeur phyllode simplement énuclée sera obligatoirement l'objet d'une récidive ? Non, il est difficile de l'affirmer. Cependant, cette récidive est relativement fréquente.
Nous verrons un peu plus loin, aux chapitres de macroscopie et d'histologie, que l'encapsulation d'une tumeur phyllode n'est jamais parfaite. Il est probable, par conséquent, qu'il reste presque toujours un ou plusieurs petits noyaux tumoraux inapercus lors de la première opération. Ces noyaux reprendront sans doute leur évolution un jour ou l'autre. Comme la seconde tumeur se présente de la même manière que la première, nous donnons à la récidive la même étiologie, et la même origine que la tumeur primitive, à savoir un dérèglement endocrinien, un épisode de la vie génitale : grossesse, troubles des règles, lactation, ménopause à la rigueur.

Toutes ces causes vont avoir un rôle dans la deuxième poussée évolutive qui sera la récidive.

Nous pensons pour notre part, que là est tout le problème de la récidive : énucléation ou mammectomie lors de la première intervention.

Récidive ? Le mot en lui-même n'implique-t-il pas une malignité ?
Et nous voulons montrer depuis le début de cet exposé, la nature bénigne de la tumeur phyllode.

Nous nous voyons obligés de faire une réserve quant à la bénignité intégrale de la tumeur et de considérer la récidive comme une malignité locale.

Nous rejoingnons alors l'idée de SANTY, DARGENT, MAKHLOUF : la tumeur phyllode est une tumeur à la malignité locale.

Malignité locale : car il n'y a jamais de ganglions, jamais de métastases, jamais de généralisation. La tumeur phyllode est susceptible de proliférer à nouveau, mais localement seulement, lorsque l'ablation de la tumeur s'est révélée insuffisante, et qu'il reste du parenchyme mammaire glandulaire tumoral.

Le pouvoir régénérateur d'un fragment laissé en place est-il un stigmate de malignité ? Non, si on pense à la reproduction indéfinie de certaines tumeurs bénignes.

En plus, cette récidive est le plus souvent d'histologie bénigne, comparable à celle de la tumeur initiale ; nous le verrons plus loin. Cependant, pour certains, elle peut être dans quelques cas, dégénérée.

Nous abordons alors le troisième groupe des récidives de ce chapitre : la transformation sarcomateuse.

De nombreux auteurs voient dans la récidive d'une tumeur phyllode initialement bénigne, une transformation sarcomateuse. C'est ainsi que FRUHLING et LE GAL en particulier, donnent un indice de cancérisation de 15 %.

Quoique nous n'en n'ayons nous même jamais observé, nous ne pouvons passer sous silence cette possible transformation maligne. Elle existe, bien qu'elle reste toujours purement locale. Il n'y a jamais de ganglions ni de métastases. Mais ces auteurs préconisent tout de même une radiothérapie post-opératoire.

Pour les Américains, cette transformation cancéreuse est très fréquente.

En dehors de la transformation sarcomateuse, il ne faut pas oublier non plus dans ce chapitre, la coexistence toujours possible d'une tumeur phyllode et d'un sarcome du sein.

CONDUITE A TENIR.

L'évolution des tumeurs phyllodes étant dominée par la récidive, quelle conduite le chirurgien doit-il tenir devant une telle tumeur ?

Toutes les difficultés viennent du fait que l'examen extemporané n'est souvent pas facile à faire.

La biopsie extemporanée est difficile pour le diagnostic exact de phyllode, et le diagnsotic différentiel avec l'adéno-fibrome banal, souvent impossible à établir. Bien sûr l'anatomo-pathologiste arrive toujours à la conclusion de tumeur bénigne, mais on sait l'importance du diagnostic exact pour le chirurgien, qui connaissant le potentiel récidivant de cette prolifération tumorale, tendra à rechercher d'autant plus attentivement, le moindre noyau anormal.

La difficulté à l'ultropak du diagnostic différentiel entre adéno-fibrome et phyllode, réside en la prolifération du tissu conjonctif et à son aspect très dense, ainsi qu'en la présence de cellules fusiformes quelquefois légèrement irrégulières, lorsqu'on examine une tumeur phyllode.

Le chirurgien peut se trouver en face de deux possibilités :

- ou bien il s'agit d'une petite tumeur, qu'il a pris habituellement pour un adéno-fibrome, et il se limitera à l'énucléation de la tumeur,

- ou bien il est en présence d'une grosse tumeur envahissant la plus grande partie de la glande. Il fera dans ce cas là une mammectomie d'emblée.

A la première récidive, il fera aussi une mammectomie, car on sait que généralement, une première récidive en appelle une seconde.

oOo

- CHAPITRE IV -

ASPECT ANATOMIQUE

Etude macroscopique.

Nous avons vu au chapitre précédent que, lorsqu'il s'agit de tumeur phyllode, c'est beaucoup plus l'examen histologique que l'examen clinique de la malade qui fait le diagnostic. Aussi allons nous attacher une grande importance à ce chapitre de l'Anatomie Pathologique.

La pièce opératoire entre les mains, nous nous trouvons face à une tumeur bosselée, irrégulière, de consistance tantôt molle, tantôt faible.

A la coupe, on est frappé par l'hétérogénéité de la masse tumorale. Il existe un polymorphisme très net des aspects, fentes kystiques et remaniements multiples, zones oedémateuses en particulier, zones nécrotiques et hémorragiques.

L'ensemble donne une coloration gris blanchâtre, légèrement jaunâtre par endroits.

On est frappé ensuite par l'aspect en feuille que présente, d'une façon générale, la tumeur.

La prolifération tumorale revêt un aspect lobulé assez net dans tout son ensemble. Les lobules sont séparés les uns des autres par des fentes dont certaines ont un caractère plus ou moins kystique. Ils sont remplis

de végétations foliées de consistance irrégulière plus ou moins molle, parfois gélatineuses, végétations qui peuvent s'énucléer spontanément lorsque l'on presse la tumeur, l'aspect est assez caractéristique et peut déjà évoquer, par ce seul examen à l'oeil nu, le diagnostic de tumeur phyllode. Certains auteurs avaient cru reconnaître dans les masses énucléées, surtout gélatineuses, des aspects de productions parasitaires. C'est ainsi que CHELIUS le premier, puis COOPER, ESTRADE, avaient donné à la tumeur le nom "d'hydatide celluleuse" ou "d'hydatide cystique". Il nous a été donné de voir un tel aspect dans notre observation n° 3.

Les fentes qui délimitent les lobules peuvent devenir plus larges en certains endroits et former des cavités. Ces cavités contiennent généralement un liquide fluide. LECENE a comparé cette disposition particulière des fentes ou des cavités à un "jeu de patience".

C'est cette description sommaire de l'aspect macroscopique de la tumeur qui nous permet de comprendre plus aisément le terme de phyllode, qui lui est attribué de tout temps, du mot grec φυλλον = feuille (aspect feuillu).

Si nous avons la chance d'avoir un peu de parenchyme mammaire, dans le cas d'une tumorectomie simple, nous nous apercevons que la tumeur refoule la glande, elle ne l'envahit pas. Cependant il n'existe pas véritablement de capsule. Nous n'en avons jamais vu pour notre part. Tout ceci est naturellement plus facile à constater en cas de mammectomie.

Nous n'avons jamais examiné de ganglions. Aucune de nos malades n'en présentaient.

Etude microscopique.

Au fort grossissement on retrouve cet aspect en feuille qui, on s'en aperçoit rapidement, est réalisé par une hypertrophie simultanée des tubes mammaires et du tissu conjonctif. Ce tissu conjonctif pousse à l'intérieur des tubes fortement distendus des bourgeons énormes et massifs. Ceux-ci, de taille variable, mais souvent nombreux, déforment des

cavités glandulaires, au point de les rendre virtuelles, semblables à des fentes, tapissées d'épithélium mais sans cavité visible. Les tubes sont distendus et leur revêtement dessine un liseré foncé.

Cette tumeur a donc deux composantes :

- une composante épithéliale.

- une composante stromale.

1) La composante épithéliale est constituée par l'hypertrophie des tubes mammaires ; ceux ci sont quelquefois simplement hyperplasiques et dilatés, ils se groupent alors pour former un bouquet glandulaire. Mais, en général, et c'est l'image la plus fréquemment rencontrée, les tubes mammaires sont réduits à d'immenses fentes à cavité plus ou moins virtuelle, ces fentes sont très étendues, elles dessinent des lignes sinueuses, festonnées, en forme de T ou de Y quelquefois. Cet aspect est très caractéristique de la tumeur phyllode, mais on le rencontre aussi dans les fibro-adénomes du sein. Dans ceux-ci en effet, il existe souvent des petites zones qui possèdent cet aspect en feuille. Et on trouve fréquemment dans les fibro-adénomes péri-canaliculaires et intra canaliculaires, des images de passage avec les aspects phyllodes.

Le revêtement des tubes mammaires est en général pluri-stratifié, dans ce cas, il est constitué par deux couches de cellules, la couche superficielle est représentée par des cellules cubiques légèrement turgescentes, la couche profonde par de petites cellules à noyaux foncés, étoilés ou fusiformes. Les cellules tapissant les cavités correspondant aux cellules secrétrices des acinis ou aux cellules bordantes des canaux galactophores. Les cellules de la couche profonde sont des cellules myo-épithéliales.

Cet épithélium est séparé du tissu intersticiel par une vitrée réticulinique.

Parfois cet épithélium bistratifié s'hypertrophie et présente des aspects d'hyperplasie intra glandulaire, mais ceci est rare.

Par endroits, les tubes ainsi formés sont revêtus d'un épithélium simple, réduit à une seule couche de cellules cubiques, la couche myo-épithéliale n'existe pas ou seulement partiellement, et on a l'impression d'une disparition de cette couche myo-épithéliale, d'un effilochage des cellules dans le stroma à partir des tubes épithéliaux.

Les auteurs qui ont rapporté des observations de tumeur phyllodes sont unanimes, jamais il n'est question de prolifération épithéliale qui ait porté à confusion quant à sa structure : les tubes très hypertrophiés sont toujours revêtus par un épithélium régulier, sans anomalies d'aucune sorte.

2) L'aspect caractéristique de la tumeur n'est pas du à la prolifération épithéliale, mais bien à la composante stromale. Celle-ci est en effet très particulière.

STRUCTURE DU STROMA.

L'aspect si caractéristique de la tumeur n'est pas dû à la prolifération épithéliale mais bien à la composante stromale.

Le stroma, d'allure fibroblastique atteint en effet un volume important, c'est lui qui entoure les tubes épithéliaux et surtout qui constitue ces très volumineux bourgeons qui déforment les cavités glandulaires. Ces bourgeons sont massifs, reliés au stroma environnant par de larges pédicules, et ne contiennent pas de formations épithéliales. Leur contour est généralement arrondi, mais souvent remanié par de courtes fentes épithéliales secondaires.

Le stroma tumoral et les bourgeons ont une structure histologique sembleble d'allure fibroblastique et sont constitués par des cellules et par une substance interstitielle.

Les cellules sont en général petites, allongées, à noyaux foncés, basophiles, à cytoplasmes légèrement acidophiles ; par endroits elles sont plus rondes ou même étoilées et semblent réunies entre elles par des anastomoses. Cette morphologie cellulaire est surtout le fait de la présence d'une substance interstitielle plus ou moins abondante et plus ou moins oedémateuse. L'oedème sépare les cellules les unes des autres et tend leurs anastomoses.

Au sujet de leur origine, la discussion est ouverte. La plupart des auteurs pensent tout naturellement qu'il s'agit de cellules conjonctives nées à partir du tissu conjonctif, qui constitue le stroma du parenchyme mammaire.

D'autres constatent que ces cellules ont une morphologie de cellules myo-épithéliales, petites, fusiformes, à noyaux foncés, et qu'elles semblent se développer à partir de la couche myo-épithéliale des tubes mammaires.

En effet, et on l'a décrit précédemment, certains tubes n'ont qu'une seule couche de cellules, ce sont les cellules bordantes, sécrétrices, et il semble que les cellules épithéliales s'effilochent à partir de ces tubes dans la substance interstitielle avoisinante. La densité cellulaire extrêmement dense que l'on voit autour de certains tubes appuierait cette théorie. La tumeur phyllode ne serait alors qu'un aspect des fibro-adénomes à cellules myo-épithéliales, décrits par LEROUX dans son Traité d'Anatomie Pathologique.

La substance interstitielle est en général très claire, elle ne contient pas de fibres collagènes, mais elle est d'importance variable, suivant les points examinés, non seulement elle est plus ou moins abondante, mais elle possède des structures légèrement différentes, dues à des modifications dégénératives.

Le stroma offre à l'examen microscopique des aspects très différents suivant les points examinés. Il apparait plus ou moins foncé,

et ceci est du à plusieurs facteurs :

- la variabilité de la densité cellulaire des cellules du stroma.

- les modifications de la substance intermédiaire.

Les régions foncées correspondent à une densité cellulaire très importante. Les cellules sont serrées les unes contre les autres et l'ensemble a l'allure d'une prolifération fibroblastique.

Ce sont des images qui ont fort impressionné les histologistes et qui sont à l'origine des divergences d'opinions sur les tumeurs phyllodes.

Ces zones de stroma dense se retrouvent aussi bien au contact des tubes mammaires, qu'à l'intérieur des bourgeons en général dans leur région centrale.

Les cellules sont fusiformes à noyaux foncés, il existe très peu de fibres collagènes, les noyaux sont réguliers et la structure d'ensemble rappelle les fibromes jeunes. FUNCK-BRENTANO et BERTRAND insistent dans leur travail sur des modifications nucléaires : noyaux volumineux, ovoïdes, boursouflés avec des incisures et un aspect polybé, réseau de chromatine dont les nucléoles sont franchement multiples, mitoses.

D'autre part les cellules rassemblées en fuseaux seraient orientées autour d'axes différents comme dans les sarcomes. Dans ces régions, la disposition intra canaliculaire est très atténuée et c'est dans ces endroits que les bourgeons seraient les plus volumineux.

Quoiqu'il en soit, ces aspects cytologiques, l'absence de fibres collagènes dans des régions aussi denses, la présence de vaisseaux sans parois collagènes, incitent de nombreux auteurs à considérer ces zones comme franchement pré-sarcomateuses ou même sarcomateuses. Mais ces auteurs insistent sur la plurifocalité de ces plages.

Dans nos observations nous n'avons pas retrouvé d'aspects aussi inquiétants, mais il existe bien quelques irrégularités cellulaires.

Nous pensons pour notre part, que ces modifications cellulaires, ces irrégularités nucléaires, sont plutôt le fait de modifications dégénératives peut être métaboliques.

Dans les régions d'aspect clair, il existe très peu d'éléments cellulaires et la substance interstitielle est généralement infiltrée d'oedème : ceci est souvent réalisé au niveau des bourgeons, quoique tous ne possèdent pas cette structure. Les cellules sont alors plongées dans une substance interstitielle extrêmement claire, elles sont étoilées, ramifiées, et il existe entre leurs mailles une abondante substance non structurée, oedémateuse et même myxoïde. Le tissu des bourgeons prend alors une structure aréolaire. C'est cette infiltration oedémateuse et même myxoïde qui donne aux bourgeons un aspect macroscopique de vésicules transparentes. Cette image de gros bourgeons turgescents, très clairs et peu cellulaires limités par un épithélium mammaire, est très particulière aux tumeurs phyllodes.

Certains auteurs insistent sur la présence de formations kystiques sans revêtement interne, faux kystes constitués par l'infiltration oedémateuse considérable.

A côté de cette infiltration oedémateuse et de cette transformation myxoïde, il faut noter l'éventuelité de modifications fibreuses et hyalines de la substance interstitielle. Ces processus dégénératifs contribuent à donner à la tumeur un polymorphisme structural.

Certaines zones possèdent un stroma peuplé de très nombreuses fibres collagènes, ces aspects sont très rares, aux colorations de routine elles sont plus éosinophiles et très safranogènes.

Plus fréquente est la dégénérescence hyaline de la substance fondamentale, elle apparait par plages, elle se colore nettement au safran.

Ces modifications hyalines sont très importantes et on les retrouve fréquemment dans toutes les tumeurs phyllodes.

Processus nécrotique.

Nous avons vu au chapitre de l'examen macroscopique que très souvent, surtout dans les zones nécrotiques disposées dans le parenchyme tumoral, cette nécrose s'accompagne fréquemment d'hémorragies.

A l'examen histologique, on s'aperçoit que la nécrose atteint surtout les pôles des bourgeons, c'est une nécrose d'origine vasculaire, par infarcissement. Elle se caractérise par la perte des structures nucléaires et cytoplasmiques et s'accompagne de suffusions sanguines. Les vaisseaux sont quelquefois thrombosés et le tissu tumoral est dilacéré par un oedème considérable. Comme dans tous les processus nécrotiques, il existe alors des résorptions lipophagiques et histiocytaires vis à vis des pigments hématiques, et par endroite, on note des phénomènes suppuratifs.

Ces faits, poussés à l'extrême, sont en général assez rares et étaient certainement plus fréquents au niveau des tumeurs phyllodes monstrueuses et ulcérées.

Dans les cas où les ganglions existaient et furent enlevés, ceux-ci présentaient toujours une lésion d'adénite chronique.

Les tumeurs phyllodes se présentent à l'examen macroscopique comme de grosses tumeurs vaguement encapsulées. Et ce fait est unanimement retrouvé dans les travaux et dans les observations publiés sur ce sujet. Nous avons fait la même remarque sur nos propes cas de grosses tumeurs récidivantes. L'examen histologique confirme cette donnée.

La capsule de la tumeur phyllode est constituée par le parenchyme mammaire refoulé et aplati par la prolifération. Cette capsule présente des solutions de continuité et très souvent, on retrouve dans l'épaisseur

de la capsule, un petit nodule mammaire qui présente des modifications fibro-adénomateuses se rapprochant des aspects phyllodes.

D'autre part, l'examen des pièces opératoires, srutout des mammectomies, pratiquées sur des femmes ayant récidivé plusieurs fois, a montré qu'il existe des petits nodules tumoraux contigus à la capsule, satellites du foyer primitif. FRUHLING signa lui aussi cette déficience de la capsule et propose de ce fait de les classer dans le cadre des tumeurs hyperplasiques. A cause de ceci, la notion de bénignité absolue doit ^etre révisée.

Il est en effet probable que, lors de l'exérèse d'une petite tumeur phyllode, il reste dans le parenchyme mammaire un petit nodule fibro-adénomateux, qui plus tard, constituera une nouvelle tumeur. Il est un fait certain que les récidivent se produisent toujours sous la cicatrice de l'intervention antérieure, c'est un argument de plus pour expliquer le développement des récidives à partir de petits nodules laissés en place. Ce ne serait pas vraiment des récidives, mais la croissance de la même tumeur.

L'architecture générale de ces tumeurs et la structure histologique font indéniablement penser à un adéno-fibrome intra canaliculaire macroscopiquement d'abord, elles ont sensiblement le même aspect globulé, la même couleur blanchâtre en dehors des zones nécrotiques.

L'étude histologique renforce encore l'impression que le fibro-adénome intra canaliculaire et la tumeur phyllode procèdent de la même origine néoplasique. La prolifération conjonctive du fibro-adénome forme de gros bourgeons qui pénètrent dans les cavités glandulaires, les déforment, et réalisent des images en mosaïque. Il existe aussi quelquefois des modifications de la substance fondamentale, semblables à celles des tumeurs phyllodes.

Mais, cependant, il est incontestable que les deux tumeurs ne sont pas à la même échelle, les dimensions des bourgeons des tumeurs

phyllodes sont cent à deux cents fois plus volumineuses que les bourgeons des fibro-adénomes intra canaliculaires.

Il est aussi fréquent de retrouver au niveau des tumeur phyllodes, des zones limitées, mais qui présentent les aspects classiques de l'adénome intra canaliculaire. D'autre part, dans les adéno-fibromes intra canaliculaires, ainsi que dans les tumeurs phyllodes, le stroma constitue l'élément essentiel de la néoplasie.

Tous ces arguments nous conduisent à penser que la tumeur phyllode n'est, en quelque sorte, qu'une forme un peu particulière des adéno-fibromes.

Comme nous l'avons déjà dit, les aspects foncés du stroma correspondent à des plages cellulaires extrêmement denses. Les cellules sont fusiformes, à noyaux effilés, et la structure d'ensemble rappelle celle d'un fibrome.

C'est à l'examen attentif de ces zones compactes que certains auteurs retrouvent des anomalies cellulaires, hyperchromatismes, monstruosités, bourgeonnements, et même mitoses. Ils parlent alors d'aspect sarcomateux.

FUNCK-BRENTANO retrouve ces images sur les lames histologiques correspondantes aux observations qu'il présente. Cependant, il ajoute que ces zones "sarcomateuses" sont très limitées et non douées d'un pouvoir d'accroissement indéfini. Il insiste sur la bénignité réelle et classique des tumeurs phyllodes.

FRUHLING par contre, et il se rapproche d'autres auteurs américains, montre et prouve dans son article de 1954, que si l'on retrouve ces aspects à l'examen histologique d'une tumeur phyllode, celle-ci se transforme ultérieurement et progressivement en sarcome, dans les récidives suivantes. Les critères de cette transformation sarcomateuse seraient la présence de foyers multiples au sein même de la tumeur,

l'importance de la densité cellulaire, surtout au niveau des bourgeons oedémateux et myxoïdes, l'apparition d'un tissu très riche en cellules fusiformes dans l'axe de ces bourgeons et qui aurait tendance à envahir les tissus mammaires avoisinants, l'aprauvrissement de l'ensemble de la tumeur en tubes épithéliaux et en particulier, dans les végétations intra canaliculaires.

Pour notre part, nous n'avons pas de transformation sarcomateuse dans nos observations. Cependant, nous avons cherché et nous avons retrouvé quelques uns de ces aspects histologiques si inquiétants.

Nous avons retrouvé dans les plus grosses tumeurs phyllodes de notre matériel, ces images de prolifération dense, elles étaient en général assez bien localisées, soit dans les parties centrales des bourgeons, soit autour des tubes mammaires. Les structures cellulaires au niveau de ces plages posent en effet des problèmes quelquefois difficiles à résoudre.

Il existe en effet des irrégularités cellulaires, un hyperchromatisme, mais il nous semble que ces anomalies sont dues à des modifications dégénératives, dont témoignent les transformations myxoïde et hyaline du stroma, ainsi que les phénomènes nécrotiques.

oOo

- CONCLUSION -

Au terme de cet exposé, nous concluons que la tumeur phyllode n'est pas aussi rare que certains auteurs ont bien voulu le dire. Elle survient chez une femme en période d'activité génitale, le plus souvent lors d'une manifestation hormonale, souvent précédée par l'existence d'un adéno-fibrome.

Il est des caractères qui font pencher en faveur d'une tumeur maligne : l'apparition chez une femme aux alentours de 40 ans, la notion d'évolution rapide après une poussée brutale, le gros volume de la tumeur, la mauvaise encapsulation macroscopiquement et histologiquement.

Quant aux récidives, elles ont en général un caractère de malignité importante ; nous savons que les tumeurs phyllodes récidivent assez fréquemment et c'est même un des faits cliniques les plus intéressants.

Ces signes suffisent-ils à affirmer le caractère malin de la tumeur ?

En effet, il est d'autres caractéristiques de la tumeur phyllodes plus importants encore : la mobilité de la tumeur, l'absence d'adhérences aux plans superficiels et profonds, l'absence de ganglions, l'état général de la malade conservé, les suites opératoires excellentes, et surtout histologiquement, l'absence de monstruosités, d'atypies cellulaires, l'absence de mitoses.

Cette énumération de signes plaide en faveur de la bénignité avec plus de rigueur que ne le faisaient pour la malignité, les caractères cités plus haut.

La structure histologique de la tumeur phyllode permet de la classer parmi les fibro-adénomes intra canaliculaires et en particulier, il est possible, à notre avis, de les rapprocher des fibro-adénomes géants de type myo-épithélial.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Pr DELARUE.

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr BROUET.

Vu et Permis d'Imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

- BIBLIOGRAPHIE -

ADDISON N.V. et MICHAEL -
A propos de 4 types histologiques différents de sarcomes du sein.
British J. of Surgery, Vol. 50, n° 220, sept. 62, pp. 159-164.

ARIEL L. -
Skeletal metastases in Cysto Sarcoma Phylloïdes.
Arch. Surg. 1961 - 82.

AUCHE et BIRABEN -
J. med. Bordeaux, 1954, 131, n° 4 395.

BATZDORFF -
Le Sarcome du sein.
T. 139, 1927, pp. 199 - 205.

BOTHAM R.J., Mc DONALD J.R., and CLAGETT O.T. -
Fibroadenoma with sarcoma-like stroma. A benign tumor.
Surgery 43 : 510-515, 1958.

BROCA Paul -
Traité des Tumeurs.
1866 TI, pp. 22.

CONCILIO A., OLIVIERI B. -
On a case of Bilateral Phylloïd Tumor of the mammary gland.
Riforma Med. (Italy) 78, 830, 4 25 Jul. 64.

CRILLE -
Adénofibrome géant et Bilatéral.
Surgery - janv. 38, vol. 3, n° 1.

DELARUE et REDON -
Les infarctus des fibro adénomes mammaires. Problème clinique

et pathologique.
Sem. Hôp. Paris, 1949, 25, n° 73, pp. 2991-2996.

DESAIVE et BETZ -
Considérations anatomo cliniques à propos de l'évolution maligne du fibro adéno myxome géant du sein.
(P.M 1955 - 63, n° 30, 629-632.)

DESPRUNIEE, PENG-PAO, GAGGINI -
Tumeurs Phyllode du sein. A propos de 2 nouveaux cas.
BordeauxChir., janv. 65, fasc. I.

ESTRADE -
Tumeurs Phyllodes ou Adéno fibromes géants du sein. A propos de 2 observations.
Bull. Cancer - 1953 - 40, n° 1, pp. 29-38.

FRUHLING et LE GAL -
Les sarcomes vrais primitifs de la mamelle.
Bulletin du Cancer, 42ème année, 1951, 38, 5, pp. 477.

FRUHLING et LE GAL -
La transformation sacromateuse de la tumeur Phyllode.
J. de Chir., 1954, 70, pp. 16-29.

FUNCK - BRENTANO -
Le faux sarcome du sein : la tumeur Phyllode.
Gaz. Med. France, 1er n°, juin 53 - 60, n° 11 pp. 691-695.

FUNCK - BRENTANO, BERTRAND, POILLEUX -
Les tumeurs Phyllodes du sein.
J; de Chir. 1938, 51, 4, pp. 506 à 534.
et E.M.C. avril 1938.

LE GAL -
Sarcomes de la mamelle.
Thèse Strasbourg 1950 - 1951.

GALLIANI -
Fibro sarcome du sein secondaire à fibro adénome.
Bologne - Annali It di chir. vol. 37, fasc. 3, pp. 188 à 195.

GARBAY, PICARD, VANETTI -
Adéno fibrome géant.
P.M 1963, 71, n° 15, pp. 761.

GAUDIER, GRANDCLAUDE, LAMBRET -
Tumeurs malignes du sein à type myo-épithélial.
Annales Ana. Path. 1931, 1, pp. 68.

GAUTIER C., DAUCHY G., HOUCKE M., CREPIN G. -
Les tumeurs phyllodes du sein.
Gynéc. Obst. Paris, 1964, t. 63.

GESCHICKTER, CHARLES F., DEAN Lewis -
Modifications des fibro adénomes du sein dues à la grossesse et à la lactation.
British Med. J. 5 mars 1938, 4026, 499-504.

De GRAILLY, LEGER, BIRADEN -
Contribution à l'étude histologique du potentiel de récidive de certaines tumeurs d'origine mésenchymateuse.
Bull. Ass. Fr. Cancer, 1952, 34, n° 3, pp. 306-322.

GRIGANOFF -
Mammary Cylindroma.
Bull. Ass. Fr. Cancer, 51, 277, 82, Apr. Jun. 1964.

GROS, LE GAL, BURG -
Aspect radiologique des tumeurs phyllodes.
Bull. Cancer, 1953, 40, n° 4, pp. 460.

HAFNER C., MEZGER E. et WILIE J.W. -
Cystosarcoma phyllodes of the Breast.
Surg. Gynec. Obst., juillet 1962, pp. 29 à 34.

HAROLD A., OBERMAN M.D. -
A clinicopathologic study of hypercellular periductal stromal neoplasms of breast.
Cancer 18, pp. 697 à 710, juin 1965.

HARTMANN M. -
Lésions bénignes et cancer du sein.
Mém. Ac. Chir. 12 nov. 1941, 67, 28, pp. 759 à 765.

HILL R.P. et STOUT A.P. -
Sarcoma of the breast.
Arch. Surg. 1942, 44, pp. 723 à 759.

HOLLEB A.I. -
Cysto sarcoma phyllodes.
C.A. 15, 118, mai juin 1965.

ISIDOR -
Un cas de tumeur phyllode de la glande mammaire. Tentative pathogénique.
Paris, suppl. Arch. Ana. Path. 1955, n° 3, pp. 147.

JEANNENEY -
Tumeur du sein 6 fois récidivante - Adéno fibrome évoluant vers le sarcome.
Bordeaux Chir., n° 2, avril 1933.

Mme LAFARGUE -
Contribution à l'étude des tumeurs phyllodes.
Thèse Bordeaux, 1955.

LAGACHE et GAUTIER -
Tumeurs à tissus hétérotopiques du sein : fibro myxo chondrome.
Lille Chir. 1955, 10, pp. 96.

LAGACHE et GAUTIER -
Adénome géant du sein chez une jeune fille de 17 ans.
Gyn. et Obst., Bull. 1955, pp. 429.

LECENE -
Les tumeurs mixtes du sein.
Revue de Chir., avril 1906, pp. 434.

LEE B.J., and PACK G.T. -
Giant intracanalicular fibro adenomyxoma of the breast the so-called cystosarcoma phyllodes mammae of Johannes Miller.
Annales of Surg., janv. 31, Vol. 43, t. 3, n° 1 , pp. 2583.

LEROUX et CHATON -
Dysembryome complexe de la glande mammaire.
Bull. Ass. Fr. pr étude cancer, Tome XXII, juin 1933.

LESTER J. et STOUT A.P. -
Cystosarcoma phyllodes.
Cancer 1954, 7, pp. 335 à 353.

LLEWELLYN -
A geant adenosarcoma of the breast.
British J. of Surgery, oct. 47, 35, pp. 138 à 214.

Mac DONALD J.R., HARRINGTON S.W. -
Geant fibro adenoma of the breast - Cystosarcoma phyllodes.
Ann. Surg. 1950, 131, pp. 243 à 251.

MAGENDIE, LEGER, DOUTRE et BIRABEN -
Les tumeurs phyllodes du sein sont-elles mésenchymomes ?
P.M. 25 février 1951, n° 69, pp. 435.

MONDOR et GAUTHIER VILLARS (Melle P.) -
Sur les relations des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes du sein.
Mém. Ac. Chir. 19 nov. 1941, 67, 29, pp. 771.

MULLER J. -
Uber den feinern Bau und die Formen der Krankhaften Geschwülste.
Berlin G. Reimer 1838.

NORMAN et TREVES -
A study of cystosarcoma phyllodes.
Ann. N.Y., Acad. Sc., 1964, pp. 114 à 122.

NOTLEY R.G. -
Bilateral malignant cystosarcoma phyllodes.
British J. Surg., mai 1965, 52, 360, 2.

OBERMAN H.A. et FRENCH A.J. -
Chronic fibrocystic disease of the breast.
Surg. Gyn., Obst., 112, pp. 647 à 652, 1961.

OWENS F.M. et ADAMS W.E. -
Giant intra-canalicular fibroadenoma of the breast.
Arch. Surg., 43, pp. 588 à 598, 1941.

PIRAUBE -
A propos de quelques cas de tumeurs phyllodes.
Thèse Bordeaux 1960.

PISON -
Thèse Strasbourg 1939.

POLLOSSON -
Adénome nénin récidivant - 7 récidives.
Lyon Chir., 16 juin 1950, 45.

REICH et SALOMON C. -
Bilateral cystosarcoma phyllodes, malignant variant, with 14 years follow-up - A case report.
Ann. Surg. 1958, 147, pp. 39.

ROBERT J. -
Le myxo adénome du sein.
Thèse 1939, 1940.

SANTY, DARGENT M. et MAKHLOUF A. -
Les tumeurs du sein à malignité locale (fibro adénomes géants, adénomes dits phyllodes et adénomes récidivants.)
Lyon Chirurgical, mai-juin 1948, 43, 304 à 314.

SCALFATI -
Observations anatomo cliniques sur les tumeurs phyllodes du sein.
Polyclinico 26 mars 1956, 63, n° 13, pp. 421.

SICARD A., Mme BATISSE F. et BEN SAHEL -
Tumeurs à stroma remanié du sein.
J. de Chir. 1961, T. 81, n° 1, pp. 5 à 13.

SILVERSTONE M. -
Le fibro adénome géant du sein (cysto sarcome phyllode).
British J. of Surg., mai 1954, 41, n° 170, pp. 606 à 610.

STEPHENSON H.E., GROSS S., GUMPORT S.L. et MEYER H.W. -
Cystosarcoma phyllodes of the breast - A review of the literature with the addition of 15 new cases.
Ann. Surg., 1952, 136, pp. 856.

STEWART F.W. -
Tumors Pathology. Sec. 9, fasc. 34, pp. 68 à 74.
Washington, D.C., Armed Forces Institute of Pathology, 1950.

TREVES N. et SUNDERLAND D.A. -
Cystosarcoma phyllodes of the breast - A malignant and a benign tumor. A clinicopathological study of 77 cases.
Cancer 4, 1951, pp. 1286 à 1332.

VERHAEGHE M., CLAY A., DUPONT A., ADENIS et DEMAILLE -
A propos de 4 observations de tumeurs phyllodes du sein.
Lille Chir., mai-juin 1961, n° 3, tome XVI.

WULFING -
Le cystosarcome phyllode de la mamelle.
Virc. Arch. 1924, t. 248, cahier 3.

oOo

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I - OBSERVATIONS

CHAPITRE II - ASPECT CLINIQUE.

- Historique
- Fréquence
- Sexe
- Age d'apparition
- Terrain
- Circonstance d'apparition
- Clinique
- Examens complémentaires.

CHAPITRE III - RECIDIVES

CHAPITRE IV - ASPECT ANATOMIQUE.

- Etude macroscopique
- Etude microscopique.

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE.

oOo

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V^e -
ODÉ 58-90